

**Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
České republiky, IČ: 47114304**
se sídlem v Praze 10, 101 00, Kodaňská 1441/46
Kód pojišťovny: 211
(Obchodní rejstřík: Městský soud Praha A/7216)



zastoupená: Ing. Václavem TOŘEM
ředitelem pobočky ZP MV ČR Ostrava
se sídlem: **Hlávkova 2**
702 00 Ostrava - Přívoz

Sociální služby města Havířov
Ing. ČERNÝ Milan - ředitel
Přemyslova 1618/12
736 01 Havířov 1

(dále jen "Pojišťovna")

a

Zdravotnické zařízení

Sociální služby města Havířov
Přemyslova 1618/12
736 01 Havířov 1

IČ zdravotnického zařízení: 60337583
IČZ zdravotnického zařízení: 87563000
Interní označení zdravotnického zařízení: 6033758322

(dále jen "zdravotnické zařízení")

Dodatek AS/2011 ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění č. 8AS__00531 na rok 2011

Shora označené smluvní strany se v návaznosti na ustanovení § 15 Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 dohodly, že zdravotní péče poskytovaná zdravotnickým zařízením pojištěncům Pojišťovny v roce 2011 bude hrazena podle dále uvedených ustanovení tohoto Dodatku ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „Dodatek“).

Článek 1

- 1) Výše úhrady zdravotnického zařízení se stanoví podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění (dále jen „Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb.“) úhradou za poskytnuté zdravotní výkony, kdy hodnota bodu činí:
 - a) 0,71 Kč pro výkony 43311, 43313, 43315, 43613, 43617, 43627, 43629, 43633, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., smluvní odbornosti 403 – radiační onkologie, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
 - b) 0,71 Kč pro výkony 75347 a 75348, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., smluvní odbornosti 705 – oftalmologie, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
 - c) 1,03 Kč pro screeningové výkony 15101 a 15105, podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., smluvní odbornosti 105 – gastroenterologie (resp. 115 – gastroenterologie – skupina 1), podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.,
 - d) 1,02 Kč pro ostatní zdravotnická zařízení a ostatní výkony smluvních odborností 403 – radiační onkologie, 705 – oftalmologie a 105 – gastroenterologie (resp. 115 – gastroenterologie – skupina 1), podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., do objemu vypočteného pro jednotlivé odbornosti takto:

$$\text{PBro} \times \frac{\text{POPPho}}{\text{POPPro}}$$

kde:

PBro celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů za referenční období, přepočtených podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb. ve znění účinném k 1.1.2011. Referenčním obdobím se pro účely výpočtu objemu rozumí příslušné pololetí 2009.

POPPho počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném období. Hodnoceným obdobím se pro účely výpočtu objemu rozumí příslušné pololetí 2011.

Unikátním pojištěncem Pojišťovny se rozumí jeden pojištěnec Pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec Pojišťovny zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců Pojišťovny, ošetřených v dané odbornosti, pouze jedenkrát.

POPPro počet unikátních pojištěnců Pojišťovny ošetřených zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v referenčním období.

V případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodů za výkony zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané za referenční období, se hradí podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., s hodnotou bodu ve výši 0,30 Kč.

- 2) U zdravotnického zařízení, které v referenčním období neexistovalo, popřípadě které neposkytovalo péči v dané odbornosti, může Pojišťovna pro účely výpočtu objemu použít průměrné počty bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za referenční období srovnatelných zdravotnických zařízení.
- 3) U zdravotnického zařízení, kde oproti referenčnímu období dojde vlivem změny nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče v některé odbornosti (tj. změně spektra nasmlouvaných výkonů) k nárůstu průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny, se objem počtu bodů, podle odstavce 1 písm. d) navýší o počet bodů, který odpovídá zdravotnickým zařízením vykázaným a Pojišťovnou uznaným nově nasmlouvaným zdravotním výkonům.
- 4) Snížená hodnota bodu podle ustanovení odstavce 1 písm. d) se nepoužije:
 - a) v případě zdravotnického zařízení, které v referenčním nebo hodnoceném období v rámci jedné odbornosti ošetřilo 50 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00. V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 50 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost. Poměrné kapacitní číslo vyjadřuje hodnotově velikost nasmlouvaného rozsahu zdravotní péče pro danou odbornost poskytované jedním nositelem výkonu s Pojišťovnou,
 - b) v případě zdravotní péče poskytované pojištěncům z EU.

V případech uvedených v písm. a) a b) se všechny výkony hradí s hodnotou bodu 1,02 Kč.

- 5) Pojišťovna bude vůči zdravotnickému zařízení uplatňovat následující regulační mechanismy:
 - a) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění) a zvlášť účtovaný materiál v roce 2011 vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za zvlášť účtované léčivé přípravky (s výjimkou zvlášť účtovaných léčivých přípravků hrazených na specializovaných pracovištích podle § 15 odst. 7 písm. b) zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění) a zvlášť účtovaný materiál v roce 2009, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů na zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál (nad 105 %).
 - b) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2011 vyšší než 105 % průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky v roce 2009, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky (nad 105 %). Do průměrné úhrady na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny se započítávají i doplatky za léčivé přípravky, u kterých předepisující lékař vyloučil možnost nahrazení podle § 32 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění.

- c) Pokud zdravotnické zařízení dosáhne průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., (dále jen „vyjmenované odbornosti“), v roce 2011 vyššího než 105 % průměrného počtu bodů na jednoho unikátního pojištěnce Pojišťovny v roce 2009, Pojišťovna může zdravotnickému zařízení, po skončení roku 2011, snížit úhradu o částku odpovídající 40 % zvýšených nákladů za vyžádanou péči (nad 105 %). Do vyžádané péče se nezahrnují body za zdravotní výkony mamografického screeningu (prováděné zdravotnickým zařízením akreditovaným pro provádění mamografického screeningu, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu), výkony screeningu karcinomu děložního hrdla (prováděné zdravotnickým zařízením, které má s Pojišťovnou na poskytování tohoto zdravotního výkonu uzavřenu Smlouvu) a výkony screeningu kolorektálního karcinomu (prováděné zdravotnickým zařízením, které má s Pojišťovnou na poskytování těchto zdravotních výkonů uzavřenu Smlouvu). Pro účely stanovení výše průměrných úhrad i výše případné srážky, podle věty první, se výkony vyžádané péče v roce 2011 i v roce 2009 ocení podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., platné k 1. 1. 2011 průměrnou hodnotou bodu platnou pro úhradu vyjmenovaných odborností platnou k 1. 1. 2011 (tzn. 0,70 Kč).
- 6) Regulační omezení podle odst. 5 písm. a) až c) se nepoužijí, pokud zdravotnické zařízení odůvodní poskytnutou zdravotní péčí, na jejímž základě došlo k překročení průměrných úhrad podle odstavce 5 písm. a), b), popřípadě c).
- 7) Regulační omezení podle odst. 5 písm. a) se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré zvlášť účtované léčivé přípravky a zvlášť účtovaný materiál v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší 100 % úhrad Pojišťovny na tento druh zdravotní péče v roce 2009.
- 8) Regulační omezení podle odst. 5 písm. b) se nepoužijí, pokud celková úhrada za veškeré léčivé přípravky a zdravotnické prostředky předepsané v ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících ambulantní specializovanou péči v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze Zdravotné pojistného plánu Pojišťovny.
- 9) U zdravotnického zařízení, kde oproti roku 2009 došlo ke změně nasmlouvaného rozsahu poskytované zdravotní péče (změna počtu nositelů výkonů oprávněných předepisovat léčivé přípravky a zdravotnické prostředky a vyžadovat péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb.), Pojišťovna po dohodě se zdravotnickým zařízením, hodnoty průměrných úhrad v roce 2009 pro tyto účely úměrně upraví.
- 10) U zdravotnického zařízení, které v roce 2009 nebo v jeho části neexistovalo, nebo nemělo uzavřenu smlouvu s Pojišťovnou, může Pojišťovna použít pro účely uplatnění regulačních omezení podle odst. 5 písm. a) až c) hodnoty srovnatelných zdravotnických zařízení za rok 2009.
- 11) Pokud zdravotnické zařízení ošetřilo v roce 2009 nebo roce 2011 v dané odbornosti 100 a méně unikátních pojištěnců Pojišťovny, při nasmlouvané hodnotě poměrného kapacitního čísla 1,00, Pojišťovna tuto odbornost nezahrne do výpočtu regulace podle odst. 5 písm. a) až c). V případě poměrného kapacitního čísla menšího než 1,00 se limit 100 ošetřených unikátních pojištěnců Pojišťovny přepočítává nasmlouvanou hodnotou poměrného kapacitního čísla pro danou odbornost.
- 12) Regulační omezení podle odst. 5 písm. c) se nepoužijí, pokud celková úhrada za vyžádanou péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809, 812 až 819, 822 a 823 podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., v roce 2011 nepřevyší předpokládanou výši úhrad na tento druh zdravotní péče na rok 2011 vycházející ze Zdravotné pojistného plánu Pojišťovny.
- 13) Pojišťovna je oprávněna uplatnit regulační srážku podle odst. 5 písm. a) až c) maximálně do výše odpovídající 15 % objemu úhrady poskytnuté Pojišťovnou zdravotnickému zařízení za zdravotní výkony snížené o objem úhrady za zvlášť účtovaný materiál a zvlášť účtované léčivé přípravky za rok 2011.
- 14) Pokud zdravotnické zařízení předepíše zdravotnický prostředek nad 15.000 Kč, schválený revizním lékařem Pojišťovny, nebude tato částka zahrnuta do regulačních omezení.
- 15) Referenční údaje zdravotnického zařízení podle odstavce 5 písm. a) až c) budou zdravotnickému zařízení sděleny samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 30. 6. 2011.
- 16) Referenční údaje zdravotnického zařízení o celkovém počtu zdravotnických zařízeních vykázaných a Pojišťovnou uznaných bodů dle jednotlivých odborností a počet unikátních pojištěnců Pojišťovny (rodných čísel) ošetřených zdravotnickým zařízením dle jednotlivých odborností budou zdravotnickému zařízení sděleny samostatnou přílohou, která je nedílnou součástí tohoto Dodatku, do 31. 3. 2011.
- 17) Vyúčtování regulačních srážek podle odstavce 5 písm. a) až c) tohoto článku Dodatku za rok 2011 bude provedeno do 30. 4. 2012 nedohodnou-li se smluvní strany jinak. Tímto termínem není dotčeno právo zdravotnického zařízení ani Pojišťovny výsledky regulačních omezení projednat. Při uplatnění vyúčtování regulačních srážek Pojišťovna posoudí průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho ošetřeného pojištěnce Pojišťovny vykázané zdravotnickým zařízením v hodnoceném období vůči celostátnímu průměru Pojišťovny za hodnocené období.
- 18) Pojišťovna se zavazuje uhradit zdravotnickému zařízení uznané náklady hrazené zdravotní péče poskytnuté jejím pojištěncům v roce 2011, vykázané podle tohoto Dodatku tak, že:
- a) za období 1-6/2011 uhradí zdravotnickým zařízením vykázanou a Pojišťovnou uznanou péči ohodnocenou dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., zálohovou hodnotou bodu 1,02 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané podle odstavce 1, 2 a 3 bude provedeno do 30. 10. 2011,
- b) za období 7-12/2011 uhradí zdravotnickým zařízením vykázanou a Pojišťovnou uznanou péči ohodnocenou dle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., zálohovou hodnotou bodu 1,02 Kč s tím, že finanční vypořádání zdravotní péče zdravotnickým zařízením vykázané a Pojišťovnou uznané podle odstavce 1, 2, a 3 bude provedeno do 30. 4. 2012.
- 19) Dávky, které se vztahují k různým čtvrtletím, se zdravotnické zařízení zavazuje zasílat samostatnou fakturou.

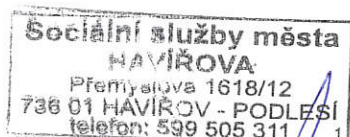
Článek 2

- 1) Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům členských států Evropské unie (EU), Evropského hospodářského prostoru (EHP) a Švýcarska (dále jen „členské země“) a dalších smluvních zemí (Chorvatsko, Jugoslávie – Srbsko a Černá Hora, Turecko a Republika Makedonie), se bude řídit právními předpisy platnými pro české pojištěnce. Vykazování poskytnuté zdravotní péče za pojištěnce z členských a smluvních zemí Pojišťovně se řídí Metodikou pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR v platném znění. Úhrada bude prováděna výkonově podle Vyhlášky MZ č. 134/1998 Sb., podle Nařízení Evropského parlamentu a Rady ES č. 883/2004 a č. 987/2009, Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a č. 574/72 a metodických pokynů Ministerstva zdravotnictví České republiky zveřejněných ve Věstníku MZ částce 6/2010.
- 2) Zdravotní péče poskytnutá pojištěncům z členských a smluvních zemí nebude zahrnuta do regulačních omezení.
- 3) Zdravotnické zařízení se zavazuje zasílat vyúčtování za zdravotní péči poskytnutou pojištěncům z členských a smluvních zemí samostatnou fakturou a dávkou v papírové formě na následující adresu Pojišťovny: Skupina mezistátních úhrad, Pobočka ZP MV ČR Praha, U Výstaviště 17, 170 42 Praha 7. Pro přidělení čísla pro pojištěnce z členské nebo smluvní země, který zvolil přímý přístup k lékaři bez předchozí registrace, má zdravotnické zařízení možnost kontaktovat v pracovní době od 8.00 hodin do 15.00 hodin (v pátek od 8.00 hodin do 14.00 hodin) pracovníka skupiny mezistátních úhrad pobočky ZP MV ČR Praha. Při kontaktu formou faxu nebo e-mailu musí být v žádosti o přidělení čísla cizimu pojištěnci uvedeny následující údaje: stát pojištění, příjmení a jméno pojištěnce, datum narození, kód kompetentní instituce, číslo průkazu a datum konce jeho platnosti.

Článek 3

- 1) Smluvní strany se dohodly na celém obsahu tohoto Dodatku, což stvrzují svými podpisy na tomto Dodatku.
- 2) Dodatek je vyhotoven ve dvou stejnopisech s platností originálu, z nichž každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 3) Smluvní strany se dohodly, že tento Dodatek, řádně podepsaný a opatřený razítky, připojují jako nedílnou součást ke Smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

V dne
Handwritten signature and date: 2. 3. 2011



podpis a razítko zdravotnického zařízení

V Ostravě dne 18.02.2011

ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA
MINISTERSTVA VNITRA ČR
pobočka OSTRAVA
Hlávkova 2
702 00 Ostrava 17

Ing. Václav TOŘ
Ředitel pobočky ZP MV ČR Ostrava

**JEDEN PODEPSANÝ VÝTIK DODATKU KE SMLouvĚ, PROSÍM, VRAŤTE OBRATEM ZPĚT
NA ADRESU POBOČKY ZP MV ČR UVEDENÉ V ZÁHLAVÍ DODATKU**